



## Заявка на зниження тарифів на комунальні послуги

Надішліть заповнену заявку поштою на адресу: Finance Customer Service • 220 4th Ave S., Kent, WA 98032;  
або електронною поштою на адресу: CustomerService@KentWA.gov; тел.: 253-856-5201; факс: 253-856-6200

Щоб відповідати вимогам, Ви повинні:

- бути віком від 62 років **АБО** мати постійну загальну інвалідність **АБО** бути особою, яка доглядає за дитиною з постійною інвалідністю I
- бути власником або орендарем нерухомості, який отримує рахунки безпосередньо й проживає за вказаною адресою I
- загальний дохід домогосподарства повинен бути нижчим за норми, установлені Федеральним департаментом житлового будівництва й міського розвитку (Federal Department of Housing and Urban Development, Federal HUD). Щоб отримати актуальну інформацію про тарифи, відвідайте сторінку: [KentWA.gov/UtilityRates](http://KentWA.gov/UtilityRates)

Дата: \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище (*повинні збігатися з ім'ям і прізвищем, указаними в рахунку за комунальні послуги*): \_\_\_\_\_

Адреса, за якою надаються послуги: \_\_\_\_\_

Номер рахунка за комунальні послуги City of Kent (*за наявності*): \_\_\_\_\_

Я подаю заявку на:	Заявник:	Я проживаю за цією адресою як:
<input type="checkbox"/> Знижені тарифи на оплату послуг компанії Republic Services <input type="checkbox"/> Знижені тарифи на оплату мого рахунка за комунальні послуги City of Kent	<input type="checkbox"/> У віці від 62 років і/або <input type="checkbox"/> Має постійну інвалідність <input type="checkbox"/> Є одним із батьків/опікуном дитини, яка має постійну інвалідність	<input type="checkbox"/> Власник нерухомості <input type="checkbox"/> Поточний орендар нерухомості

Річний дохід домогосподарства - з усіх джерел					
Усі члени домогосподарства (Укажіть інших мешканців і їхні доходи на окремому аркуші)	Вік	Виплати за лінією соціального забезпечення	Пенсія/ануїтети	Інший дохід	Усього
Заявник 1:		\$	\$	\$	\$
Мешканець 2:		\$	\$	\$	\$
Мешканець 3:		\$	\$	\$	\$
Усього:					\$

Потрібно підтвердження відповідності вимогам і місця проживання					
1. Відповідність за віком <b>АБО</b>  Наявність постійної інвалідності	<input type="checkbox"/> Чинне посвідчення водія штату Washington або ID-картка з фотографією	<input type="checkbox"/> Копія паспорта			
	<input type="checkbox"/> Повідомлення про призначення виплат за лінією соціального забезпечення	<input type="checkbox"/> Інше повідомлення про підтвердження участі в іншій федеральній програмі чи програмі штату			
2. Місце проживання	<input type="checkbox"/> Інший рахунок за комунальні послуги, оформлений на ім'я заявника на адресу, яка збігається з вказаною адресою надання послуг				
3. Документи про доходи (Надайте всі відповідні документи. Можуть вимагатися додаткові документи)	<input type="checkbox"/> Заповнена й підписана податкова декларація за поточний рік з УСІМА додатками (форма 1040)	<input type="checkbox"/> Річний звіт із соціального забезпечення (форма SSA-1099)	<input type="checkbox"/> Допомога в разі виходу на пенсію, пенсійний та ануїтетний дохід (form 1040, рядки 5a/5b) — додайте форми 1099	<input type="checkbox"/> Кошти, отримані від членів сім'ї, — додайте повідомлення або звіт від члена (членів) сім'ї	

**Потрібно надати документи для всіх трьох розділів. Документи повинні бути чинними.  
У разі ненадання документів про доходи Вашу заявку буде відхилено.**



## Заявка на зниження тарифів на комунальні послуги

Надішліть заповнену заявку поштою на адресу: Finance Customer Service • 220 4th Ave S., Kent, WA 98032;  
або електронною поштою на адресу: CustomerService@KentWA.gov; тел.: 253-856-5201; факс: 253-856-6200

Щоб відповідати вимогам для зниження тарифів за програмою Lifeline, особи, які відповідають вимогам відповідно до цього розділу, повинні подати заявку до відділу обслуговування клієнтів (Customer Service division) фінансового департаменту City (City's Finance department). Заявки може подати один із членів сім'ї або уповноважений представник від імені громадянина похилого віку; заявки на підставі постійної загальної інвалідності дитини може подати один із батьків, законний опікун або інший законний уповноважений представник дитини.

Рішення про відповідність вимогам приймає менеджер відділу обслуговування клієнтів City (City's Customer Service) або його уповноважений представник на підставі інформації, зазначеної в заявці клієнта.

Зниження тарифів за програмою Lifeline розраховується як відсоткове зниження тарифів для односімейного житла на послуги водопостачання, каналізаційні послуги City та послуги з відведення дощових вод. Зниження тарифів за програмою Lifeline:

Водопостачання	Каналізаційні послуги City	Відведення дощових вод	Republic Service
60 %	60 %	90 %	50 %

### Афідевіт

Я підтверджую під страхом покарання за неправдиве свідчення, що інформація, яка міститься в цій заявці, є повною та відповідає дійсності.

Я прочитав(-ла) і зрозумів(-ла) усі положення Програми зниження тарифів на комунальні послуги (Utility Rate Reduction Program Guidelines), які додаються до цієї заявки.

Я розумію, що подання оновленої заявки може вимагатися щорічно.

Я розумію, що, якщо я отримую пільги на оплату комунальних послуг і не вказав(-ла) усі джерела загального доходу для членів домогосподарства за попередній календарний рік, City може стягнути з мене фактичну вартість моїх рахунків за комунальні послуги за період, коли я не відповідав(-ла) вимогам для отримання пільг.

Підпис: \_\_\_\_\_ Як пов'язаний(-а) із Заявником: \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище друкованими літерами: \_\_\_\_\_ Номер телефону: \_\_\_\_\_

Адреса електронної пошти: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

### ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ:

Дата отримання: \_\_\_\_\_ Ким ухвалено: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Ким отримано: \_\_\_\_\_ Ким відхилено: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Загальна сума доходу: \_\_\_\_\_ Кількість членів домогосподарства: \_\_\_\_\_  Надіслано в компанію з утилізації